EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

DE

A. DEMOULIN

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

ANCIEN PROSECTEUR DES HOPITAUX

PARIS

IMPRIMERIE DE D. DUMOULIN ET Cie

5, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5

1895

EXPOSÉ
DES
TITRES ET TRAVAUX
SCIENTIFIQUES

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux de Paris, 1882.

Interne provisoire, 1883.

Interne titulaire, 1884.

Aide d'anatomie, 1885.

Prosecteur des hôpitaux, 1887.

Docteur en médecine, 1888.

Chef de clinique chirurgicale, 1892.

Lauréat des hôpitaux (accessit [prix des livres] au concours des internes de première et deuxième années), 1885.

Lauréat de la Faculté de médecine (médaille d'argent), 1888.

Membre de la Société anatomique, 1889.

ENSEIGNEMENT

1° A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (Clamart) comme Prosecteur (sous la direction de M. le professeur Tillaux, puis de M. le docteur Quénu).

1887-88. — Conférences de physiologie (appareil circulatoire, appareil respiratoire).

1888-89-90. — Conférences d'anatomie topographique et de médecine opératoire.

2° A la Faculté, comme Chef de clinique chirurgicale (sous la direction de M. le professeur Duplay).

1892-93 (Charité).

1893-94 (Hôtel-Dieu).

1894-95 (semestre d'hiver, Hôtel-Dieu).

Le *mardi :* Conférences de séméiologie chirurgicale, étude des moyens d'exploration clinique.

Le *jeudi* et le *samedi :* Examen des malades par les élèves, à l'amphithéâtre de la clinique.

Nous rangeons dans ce même chapitre : Enseignement, l'ouvrage que voici :

Manuel de diagnostic chirurgical — Anatomie clinique — Exploration — Diagnostic par régions des maladies chirurgicales, par :

S. Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

E. Rochard, chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

A. Demoulin, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, ancien prosecteur des hôpitaux.

Premier fascicule : *Examen du malade, moyens d'exploration clinique.*

CRANE — FACE — COU

Ce manuel, auquel M. le professeur Duplay a bien voulu me faire l'honneur de m'admettre à collaborer, avec mon prédécesseur et ami le docteur Rochard, comprend, dans une première partie, l'examen des malades et l'ensemble des moyens d'exploration clinique, et dans une deuxième partie, l'anatomie clinique des principales régions, la technique de leur exploration et le diagnostic des différentes maladies chirurgicales qu'on y rencontre.

« A cette heure où l'étude du diagnostic est si délaissée et tend à être remplacée par l'opération à outrance, il est bon de réagir contre de tels errements, et nous serons heureux si ce livre a pu contribuer à ramener les débutants aux vieilles traditions de la clinique en leur enseignant comment ils devront procéder pour faire un diagnostic raisonné. » (Extrait de la préface due à M. le professeur Duplay.)

C'est ici encore que nous devons faire rentrer les leçons cliniques que notre cher Maître a bien voulu nous laisser publier après les avoir revues :

1° Fracture de Dupuytren (*Gazette des hôpitaux,* juillet 1893);

2° Ostéosarcome du maxillaire supérieur (*Archives de laryngologie, rhinologie, otologie* [Dr Natier], août 1893);

3° Hématome du grand droit (*Union médicale*, octobre 1893);

4° De l'hydroépiplocèle (*Semaine médicale*, novembre 1893).

Qu'il nous soit enfin permis de rappeler notre modeste collaboration à la rédaction des cliniques de notre très regretté maître, le professeur U. Trélat, publiées sous la direction de M. Pierre Delbet[1].

Voici le sommaire des leçons recueillies :

1° **Cancer du larynx.** — Observation. — Début par des troubles de déglutition. — Examen laryngoscopique. — Résultats statistiques de la laryngectomie totale et de la laryngectomie partielle. Contre-indication dans le cas particulier. — Traitement palliatif. — Ablation de l'épiglotte. — Gastrostomie. — Trachéotomie. — Conclusions.

2° **Néphrotomie et néphrectomie.** — Indication de ces opérations. — Cas nets. — Cas douteux. — Voie lombaire. — Observation. — Néphrotomie suivie de néphrectomie. — Voie transpéritonéale. — Voie parapéritonéale. — Modifications de l'incision de Langenbeck. — Deuxième observation. — Fistule stercorale. — Mort. — Autopsie. — Ablation souscapsulaire. — Conclusions.

3° **Des ostéomyélites.** — Ostéomyélite aiguë. — Ostéomyélite prolongée. — Formes atténuées. — Ostéomyélite insidieuse, chronique d'emblée. — Diagnostic.

1. Clinique chirurgicale, par U. Trélat. Préface de M. Paul Segond. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891.

4° **Sur une variété d'hydarthrose conséoutive aux formes atténuées de l'ostéomyélite de croissance.** — Observation, description de l'affection. — Époque de l'apparition. — Modalités. — Évolution. — Pronostic. — Diagnostic différentiel.

Des aiguilles introduites dans les tissus; de la manière de les extraire (Leçon de M. Desprès, publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, numéro du 17 mai 1884).

MÉMOIRES ORIGINAUX—RECUEIL DE FAITS

ANATOMIE

Comment il faut comprendre le système des veines jugulaires antérieures (*Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1892). (En collaboration avec Sébileau, prosecteur des hôpitaux.)

Dans le cou monte, du médiastin vers le cerveau, un gros tronc artériel, qui mérite le nom d'*artère carotide.* Dans les traités classiques ce tronc s'appelle carotide primitive en bas et carotide interne en haut, de lui se détachent toutes les artères qui nourrissent le cou, la face et le crâne ; mais au lieu de naître, comme cela est l'habitude ailleurs, les unes au-dessus des autres, elles prennent sur l'artère mère une racine commune, c'est *l'artère carotide externe.*

L'artère carotide est accompagnée par une grosse veine ; c'est la veine carotide ou veine jugulaire interne. Celle-ci reçoit toutes les branches veineuses qui répondent aux branches artérielles émanées de l'artère carotide ; mais ces branches veineuses au lieu de confluer comme les branches artérielles restent plus ou moins dissociées ; elles manifestent pourtant une tendance à la convergence (tronc veineux, thyro-linguo-pharyngo-facial).

Superficiellement, cheminent dans le tissu cellulaire souscutané, de gros et larges vaisseaux veineux, ce sont les veines dites jugulaires antérieure et externe auxquelles on pourrait donner le nom de veines carotides superficielles.

Celles-ci aboutissent toujours au système veineux profond (confluent rétro-claviculaire) et partent toujours du système veineux profond (veine jugulaire interne ou affluents de cette veine jugulaire interne).

Les veines jugulaires superficielles externe et antérieure ne sont en somme que des canaux de sûreté étendus d'un point à l'autre du système veineux profond. En effet :

La veine jugulaire externe (veine carotide superficielle externe) ne naît pas de l'union des temporales, maxillaires internes, auriculaires et occipitales (toutes ces veines vont dans la jugulaire interne) ; elle prend origine sur le segment terminal de leur tronc commun qui se rend à la veine jugulaire interne, ou dans un affluent de ce gros tronc veineux.

La veine jugulaire antérieure superficielle (veine carotide superficielle antérieure) naît le plus souvent d'une des veines accompagnant l'artère sous-mentale ou du tronc thyro-linguo-facial, elle prend donc naissance dans le système veineux profond et va y aboutir (confluent veineux rétro-claviculaire). Les veines sous-cutanées que l'on rencontre dans la région sus-hyoïdienne ne sont que des branches collatérales et n'ont rien à voir avec le volume de la veine jugulaire antérieure. De quelque point qu'émanent les veines jugulaires antérieures, on trouve très souvent de larges communications entre elles et le système des veines du corps thyroïde[1].

Anatomie du canal de Fallope, ses rapports (in Mém. sur la paralysie faciale tardive [*Gaz. méd. de Paris*, 1887]).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nouveau fait pour servir à l'étude de l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire et sur l'impaludisme (en collaboration avec Dutil). (*Gazette médicale de Paris*, 22 mars 1884.)

1. Pièces sèches, justificatives des opinions contenues dans ce travail, déposées au Musée de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

CRANE ET ENCÉPHALE

De la paralysie faciale tardive dans la fracture du rocher.
(*Gaz. méd. de Paris*, 1887.)

Nous avons pu observer en 1887, dans le service du professeur Trélat, un homme âgé de quarante-deux ans qui, après un traumatisme de la région occipitale gauche, présentait à son entrée à la Charité, tous les symptômes d'une fracture du rocher (côté gauche). Huit jours après l'accident, notre malade était atteint de paralysie faciale. Notre maître n'hésita pas à considérer ce nouveau symptôme comme une confirmation de son diagnostic et nous invita à faire quelques recherches à ce sujet.

Nous avons pu réunir sept cas analogues dont deux inédits. L'un appartient à M. le docteur Barette, alors chef de clinique du professeur Trélat, l'autre à M. Secheyron qui l'a recueilli, en 1885, dans le service de son maître, M. le professeur Le Dentu.

Après avoir étudié minutieusement l'anatomie du canal de Fallope, nous arrivons, dans ce mémoire, en nous fondant sur nos huit observations, aux conclusions suivantes :

I. — La paralysie faciale dans les fractures du rocher peut apparaître tardivement.

II. — Dans ces cas elle doit être rapportée à la compression du nerf par le gonflement du périoste qui tapisse l'aqueduc de Fallope au moment du travail de réparation.

Il faut tenir compte aussi de l'augmentation du volume du nerf lui-même due à sa congestion.

III. — La paralysie faciale tardive est toujours une paralysie flasque.

IV. — Son pronostic est toujours favorable.

V. — Dans les cas où le diagnostic de fracture du rocher reste en suspens, l'apparition de la paralysie faciale tardive permet de l'affirmer.

Pour M. le professeur Duplay, la paralysie faciale qu'on observe quelques jours seulement à la suite d'un traumatisme crânien, suivi d'otorrhagie (paralysie tardive), qu'il y ait ou non fracture du rocher, est due à la déchirure du tympan qui donne lieu, soit à une otite moyenne, l'inflammation se propageant au nerf facial, soit à l'influence du froid (paralysie a frigore) qui s'explique par la minceur de la paroi osseuse du conduit du facial et par ses rapports intimes avec la caisse du tympan. C'est là, croyons-nous, l'expression de la vérité; mais nous pensons aussi que les causes que nous avons invoquées pour expliquer la paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher existent réellement et que sa pathogénie n'est pas univoque.

Chirurgie de la capsule interne (en collaboration avec le docteur A. Chipault). (*Revue neurologique,* 30 mars 1895.)

Une malade ayant été envoyée dans le service de M. le professeur Duplay, par M. Chantemesse, avec le diagnostic d'abcès siégeant au niveau de la capsule interne, fut traitée par résection crânienne étendue et incision cérébrale pénétrant à une profondeur de quatre centimètres environ, jusqu'au siège présumé de la lésion. Il s'agissait non d'un abcès, mais d'un ramollissement embolique. La malade supporta très bien l'opération et succomba huit jours après à une endocardite végétante, cause première des accidents.

A propos de ce cas, nous avons fait quelques recherches sur les rapports de la capsule interne avec le cortex. Cette capsule est inscrite dans un rectangle limité par deux lignes verticales passant : l'antérieure à un centimètre en avant du

pied des deuxième et troisième frontales, la postérieure à un centimètre en arrière de la pointe de la pariétale inférieure; et par deux lignes horizontales passant : la supérieure un peu au-dessous de la partie la plus élevée de cette même circonvolution, l'inférieure au niveau du cap de la troisième frontale. Cette aire corticale est ravinée par des sillons profonds contenant des vaisseaux, et on doit, pour pénétrer jusqu'à la capsule, ne pas enfoncer le bistouri en un point quelconque de sa surface, mais en certains endroits bien déterminés : soit le pied des deuxième et troisième frontales et la partie adjacente de la frontale ascendante, si l'on veut atteindre le bras antérieur de la capsule, son genou et la moitié antérieure de son bras postérieur; soit la première temporale au-dessous de la naissance de la deuxième pariétale (pariétale inférieure), si l'on veut atteindre la partie postérieure de la capsule. Dans tous les cas, on dirigera le bistouri vers le méat auditif du côté opposé, et on l'enfoncera de quatre à cinq centimètres.

OREILLE

Les méfaits de l'incision de Wilde (En collaboration avec le docteur A. Chipault). (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, numéro d'avril 1895.)

L'incision de Wilde crée, à côté d'un conduit auditif infecté, une plaie qui souvent s'infecte elle-même; nous avons observé à la consultation otologique de M. le professeur Duplay, plusieurs cas qui justifient cette affirmation. Deux d'entre eux sont particulièrement intéressants. Dans le premier, une fusée purulente partie de l'incision est allée comprimer le nerf facial au voisinage du trou stylo-mastoïdien, déterminant une paralysie qui a cédé après l'ouverture de la collection et curage minutieux des parois de la cavité;

dans le second, les fusées purulentes encore plus étendues avaient été provoquer une ostéite suppurée diffuse de l'apophyse transverse de l'atlas. Cette apophyse fut réséquée à la pince emporte-pièce, sans lésion de l'artère vertébrale. Il n'est pas inutile d'ajouter qu'aucune de ces incisions de Wilde n'avait été faite dans le service, et que dans les deux cas que nous venons de rapporter, suivis d'accidents graves, il s'agissait d'incisions faites pour des mastoïdites simplement névralgiques.

Rupture traumatique du tympan par cause indirecte, otite moyenne suppurée consécutive (*Gaz. méd. de Paris*, 17 mai 1884).

PLANCHER DE LA BOUCHE ET COU

De l'angine de Ludwig. — Angine sous-maxillaire infectieuse (Tissier). — **Phlegmon sublingual** (Delorme, Leterrier). (Extrait des *Archives générales de médecine*, numéro de février 1894.)

Nous avons cherché, dans ce travail, écrit d'après ce que nous avons pu lire et observer, à montrer que l'angine de Ludwig est une affection qui mérite d'être étudiée à part, et qui ne saurait être confondue avec les phlegmons du cou, en particulier avec la septicémie gangréneuse de cette région.

Nous concluons avec MM. Delorme[1], Schwartz[2], Leterrier[3], etc., qu'il s'agit d'une inflammation siégeant primitivement dans la portion sublinguale du plancher de la bouche, dans cet espace que Sébileau[4] appelle département sus-mylo-hyoïdien, creux sublingual. « Ce creux a la forme d'une pyramide triangulaire dont le sommet qui est inférieur répond au point où le mylo-hyoïdien confine au génio-hyoïdien, et dont la base, qui est supérieure, s'étale sous la portion horizontale de la langue; dont la paroi externe est formée par la face interne du maxillaire inférieur et le muscle mylo-hyoïdien, la paroi interne par le génio-glosse en haut et le génio-hyoïdien en bas. » (Sébileau.) L'espace ainsi limité contient les glandes sublinguales réunies et entourées par un tissu cellulaire lâche, tissu cellulaire qui sur la ligne médiane, au-dessus des génio-glosses, entre les glandes sublinguales droites et gauches, présente de grandes

1. *Bull. Soc. chir. 1892.*
2. *Bull. Soc. chir. 1892.*
3. Du phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig (Th. Paris, 8 mars 1893).
4. P. Sébileau. Démonstrations d'anatomie. (Steinheil, Paris, 1892.)

aréoles qui, en se réunissant entre elles, forment la bourse séreuse de Fleischmann. Cette dernière disposition nous explique que l'affection souvent unilatérale primitivement, puisse devenir bilatérale.

De là résulte que l'angine de Ludwig mérite bien le nom de *Phlegmon sublingual* que lui a donné M. Delorme, l'adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire évolue en même temps.

Nous insistons sur ce fait que les lésions gangréneuses ne sont pas fatales dans l'angine de Ludwig ; qu'elles sont dues, dans un certain nombre de cas, ainsi que l'ont rappelé MM. Verneuil et Reynier, à la Société de chirurgie (discussion de 1892), au terrain sur lequel le mal évolue et qu'elles ne sont, dans bien des circonstances, qu'un phénomène ultime dans le cours de la maladie abandonnée à elle-même, ainsi que le prouvent les cas où l'intervention a été précoce.

Nous montrons que le pronostic de l'affection est grave, puisque sur 38 cas bien observés, il y a eu 17 morts, que la gravité du pronostic diminue avec la rapidité de l'intervention ; aussi importe-t-il de faire un diagnostic précoce, afin d'intervenir le plus tôt possible.

Le pus se trouvant au-dessous de la muqueuse du plancher de la bouche, au-dessus du mylo-hyoïdien, la voie qui paraît toute indiquée pour l'aller chercher, c'est la bouche ; une simple incision de la muqueuse semblerait suffire pour lui donner issue au dehors, — d'autant que dans les cas où l'ouverture spontanée a amené la guérison, c'est au niveau de la portion sublinguale du plancher que le pus s'est fait jour. — La voie buccale est à rejeter, car l'incision doit être, ici comme partout ailleurs, placée au point le plus déclive de la collection.

Dans le cas où le phlegmon est unilatéral, c'est par une incision sous-maxillaire, commençant un peu en dehors de

la ligne médiane du cou, longue de 4 à 5 centimètres et plus si besoin est, conduite parallèlement au bord inférieur du maxillaire, soit immédiatement sous ce bord (Delorme), soit à un travers de doigt au-dessous (Leterrier), qu'il faut recourir. Elle doit intéresser le mylo-hyoïdien, même si avant de reconnaître ce muscle, on trouve du pus ou du liquide sanieux dans la loge sous-maxillaire, car c'est au-dessus de lui qu'est le véritable foyer.

Si le phlegmon est bilatéral, on peut faire une incision sur la ligne médiane, étendue de la symphyse du menton au milieu de l'os hyoïde, mais il est préférable de pratiquer une incision analogue à celle qui a été décrite plus haut, dans chaque région sous-maxillaire.

RACHIS ET MOELLE

Névralgie de la huitième racine cervicale droite. — Résection intra-durale de cette racine. Guérison complète, suivie depuis cinq mois (en collaboration avec le docteur A. Chipault). (*Iconographie de la Salpêtrière*, numéro d'avril 1895.)

Nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Duplay, un malade pour lequel on avait fait, sans succès, des interventions multiples sur le nerf cubital pour une névralgie rebelle qu'on supposait porter sur ce nerf et qu'un examen plus attentif nous a révélé siéger sur la huitième paire cervicale. Il ne restait qu'à pratiquer la résection intra-durale des filets radiculaires postérieurs de cette paire, ce qui fut fait à la fin du mois de novembre 1894. Dès son réveil, le malade ne souffrit plus, et il est aujourd'hui encore parfaitement guéri.

Cette observation présente comme points intéressants :

a) Le manuel opératoire nouveau que nous avons employé;

b) Le diagnostic porté qui établit l'existence d'une variété nouvelle de névralgie : la *névralgie à distribution radiculaire*, qui peut simuler, au membre supérieur, celle du cubital, au membre inférieur, celle du sciatique.

M. le professeur Raymond nous a fait l'honneur, dans une récente leçon clinique, d'admettre la réalité de ce nouveau type morbide.

Mal de Pott dorso-lombaire, abcès par congestion. Ouverture. Sonde à demeure. Injections d'éther iodoformé. Séquestres. Mort (en collaboration avec M. Demars, interne des hôpitaux). (*Bull. Soc. anat.*, 1886.)

Rejet par les voiee aériennee d'nn eéqneetre de la colonne vertébrale, dane le conre d'un mal de Pott. Mort. (*Bull. Soc. anat.*, 1887.)

On trouve à l'autopsie, dans le corps de la 8ᵉ vertèbre dorsale, sur sa partie latérale droite, une caverne admettant l'extrémité de l'index et contenant encore quelques débris osseux. Il n'y a pas d'abcès à ce niveau.

Le bord postérieur du poumon droit adhère intimement, par épaississement de la plèvre, à la colonne vertébrale au pourtour de la caverne osseuse.

Un stylet introduit par la bronche droite sort facilement par la petite caverne du poumon. Il s'agit bien, ainsi que le prouve l'incision de cet organe, le long du stylet, de la bifurcation de la trachée à l'ulcération pulmonaire, d'une fistule bronchique, ayant permis le passage des séquestres dans la trachée et leur rejet consécutif par la bouche.

INTESTIN — PÉRITOINE

Perforation de l'appendice iléo-cæcal par corps étranger (coprolithe). Péritonite aiguë généralisée; laparotomie, résection de l'appendice. Guérison.

Revue clinique publiée dans les *Archives générales de médecine* (numéro de juin 1894) ; elle n'a d'autre prétention que de montrer l'heureux résultat que peut donner l'opération même faite *in extremis.*

Recherchant ce qu'ont donné les interventions dans des cas de péritonites généralisées, nous avons pu réunir diverses statistiques qui nous ont fourni les chiffres que voici :

Tuffier et Hallion[1] . . .	19 cas,	9 guérisons,	10 morts.
Guérin[2]	31 —	10 —	21 —
Jacob[3]	7 —	1 —	6 —
Richardson[4]	32 —	9 —	23 —
Au total. . .	89 cas,	29 guérisons,	60 morts.

Soit une proportion de 33 pour 100 de guérisons, de 66 pour 100 de mortalité.

Il y aurait donc un tiers de guérisons. Cette proportion est certainement trop élevée, car beaucoup de cas de mort, après l'intervention, ne sont pas publiés; mais serait-elle

1. Tuffier et Hallion (*Archives générales de médecine*, 1890).
2. Guérin. Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étrangers (Thèse de la Faculté de Paris, 10 mai 1893).
3. Jacob. Contribution à l'étude de l'appendicite (Thèse de la Faculté de Paris, soutenue le 24 juillet 1893).
4. Richardson. (*American Journal of medical sciences*, janvier 1894.)

moitié moindre, dix fois plus petite, l'opération n'aurait-elle donné qu'un seul succès, que le devoir du chirurgien est d'intervenir, puisque la mort est certaine si on abandonne le malade à lui-même.

Hernie crurale étranglée depuis 36 heures. Kélotomie. Cure radicale. Invagination par l'anneau crural, pendant la dissection du sac, d'une partie de la portion extra-péritonéale de la vessie. Guérison. (*Union médicale*, numéro du 19 août 1893.)

Je n'ai voulu entrer dans ce travail ni dans la pathogénie, ni dans l'anatomie pathologique des hernies de la vessie. Je rappelle seulement qu'elles doivent être divisées en deux grandes classes :

1° La hernie intra-sacculaire, dans laquelle la vessie occupe la cavité même du sac herniaire, libre et recouverte de sa tunique péritonéale ;

2° La hernie extra-sacculaire, dans laquelle la vessie est au-dessous du sac, et cette dernière situation est de beaucoup la plus fréquente.

D'ordinaire, la vessie herniée est étalée sous le sac et cachée par lui ; elle lui adhère plus ou moins étroitement et c'est au moment de la cure radicale, de la dissection du sac, qu'elle se révèle (Lejars)[1].

Les signes qui permettent de reconnaître la hernie extra-péritonéale de la vessie au cours d'une intervention sanglante, sont :

1° La présence d'une masse graisseuse de caractères variables, située à la face interne du sac et recouvrant la vessie. (C'est un signe de présomption, mais qui d'ailleurs

1. Hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie. — Les hernies de la trompe. — Les lésions opératoires de la vessie herniée (*Revue de chirurgie*, janvier, février 1893).

n'est pas constant, 7 fois il manquait sur 18 observations.) (Lejars.)[1];

2° La possibilité, en suivant du doigt la portion herniée, d'arriver derrière le pubis et de reconnaître sa continuité avec la vessie. (Ceci s'applique aussi bien aux hernies intra-sacculaires qu'aux hernies extra-sacculaires);

3° La constatation, par le toucher, de la présence, dans la cavité de la poche accolée au sac herniaire, du bec d'une sonde introduite par l'urèthre;

4° Enfin, mais très rarement, la reconnaissance, par l'opérateur, de plans musculaires lisses, qui appellent immédiatement l'attention sur la vessie.

Si l'on se reporte à l'observation que j'ai publiée, on verra que toutes les constatations indiquées plus haut ont été faites. Ce sont elles qui m'ont permis d'affirmer que j'étais en présence de la vessie. Si je ne les avais point connues, j'aurais été fort embarrassé pour dire par quoi était formée la tumeur que je trouvais à la partie postéro-interne du sac herniaire; et, comme je n'avais point trouvé d'intestin dans ce sac, où cependant il existait de la péritonite, comme ce sac était fort épais, j'aurais probablement ouvert le pseudo second sac, pensant que là siégeait l'étranglement.

Tous les chirurgiens qui pratiquent la cure radicale des hernies sont aujourd'hui d'accord pour conseiller, avec M. Lucas-Championnière, de décoller le péritoine aussi haut que possible, au-dessus du collet du sac, pour détruire l'infundibulum qui le précède. Mais ce décollement doit avoir une limite, et, comme le dit l'éminent chirurgien de Saint-Louis, page 201 de son traité : « Si la dissection préalable du sac a été bien faite, la séreuse se décolle facilement et

1. Lejars, *loc. cit.*

très haut; il faut même mettre alors une certaine discrétion pour ne pas aller trop haut, car on risquerait, en pénétrant dans l'abdomen, de dépasser les limites raisonnables et d'arriver sur des viscères qui doivent conserver leur séreuse. »

Or, en agissant avec de grandes précautions, j'ai tiré sur la vessie, je l'ai invaginée dans l'anneau crural, je n'avais point dépassé, je crois, les limites raisonnables. Pour expliquer ce fait, je pense que le péritoine, par son glissement pour former le sac crural, avait commencé à déplacer la vessie, que si la hernie à laquelle j'avais affaire et qui ne datait que de dix mois, avait été plus ancienne, que si elle avait, par la suite, acquis un volume plus considérable, la vessie aurait fait un jour partie de la tumeur herniaire; en opérant je n'ai fait que hâter cette évolution.

Si on se rappelle la disposition du péritoine par rapport à la vessie, sa réflexion de la face postérieure de la paroi abdominale antérieure sur le sommet et les faces latérales de cet organe, on comprend que la traction exercée sur un sac herniaire crural s'exerce aussi sur la vessie. J'ai voulu vérifier le fait sur le cadavre. Tout le monde sait combien il est difficile de produire des hernies sur un sujet d'amphithéâtre. Voici comment je m'y suis pris. La paroi abdominale ayant été incisée crucialement comme pour une autopsie, j'ai fait à la partie supérieure de la cuisse, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux, une incision longue d'environ 6 centimètres, perpendiculaire à l'arcade crurale, commençant à un demi-centimètre au-dessus du bord inférieur de cette arcade, puis j'ai découvert le ligament de Gimbernat et mis mon doigt dans l'anneau crural, j'ai détruit ensuite les différentes couches qui le ferment normalement (septum crurale, graisse sous-péritonéale) jusqu'au péritoine que j'ai saisi, par sa face externe, avec une pince à forcipressure, tandis que le doigt introduit dans l'abdomen, en regard de la

dépression produite par la traction de la pince, cherchait à invaginer la séreuse dans l'anneau crural. Je ne pus arriver à faire un sac herniaire. Je décollai alors le péritoine de la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale, prolongeant ce décollement vers la fosse iliaque. Je finis par former, à la partie supérieure de la cuisse, un diverticulum péritonéal ayant quelque analogie avec un sac herniaire. J'essayai alors, en passant par l'anneau crural, après avoir sectionné le ligament de Gimbernat, de poursuivre ce sac improvisé, du côté de l'abdomen. La vessie fut ainsi attirée vers l'anneau, la première partie qui se présenta en dedans du sac fut la partie extra-péritonéale du bord de la vessie vide, bord adhérent à la partie interne de la face externe du sac, empêchant le décollement du péritoine à une plus grande hauteur.

J'ai répété quatre fois l'expérience sur des hommes, malheureusement, n'ayant point de cadavre de femme à ma disposition. Tout imparfaite qu'elle soit, elle me semble montrer qu'il faut, dans la cure radicale de la hernie crurale, toujours songer à la vessie quand on cherche à disséquer le côté interne du sac pour supprimer l'infundibulum.

J'avais, immédiatement après l'intervention, à cause de l'épaisseur du sac, surtout de l'absence d'intestin dans sa cavité, à cause de l'invagination de la vessie pendant la dissection du péritoine, pensé qu'il s'agissait peut-être d'un diverticule de la poche urinaire; d'autant mieux que je venais de lire l'observation de Schoonen[1], dans laquelle une cystocèle crurale simple, non accompagnée d'intestin, avait donné lieu à tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Mais je me rappelai vite que le doigt, introduit dans le collet du sac, m'avait conduit dans l'abdomen directement en haut

1. Schoonen. Cystocèle crurale (*Rev. chir.*, avril 1893).

et un peu en arrière et non du côté du pubis. Il n'y eut, du reste, après le réveil, aucun phénomène du côté de la vessie (pas d'hématurie, de douleurs vésicales post-opératoires), et puis, l'examen du sac herniaire atteint de péritonite, pratiqué quelques jours après, m'a montré qu'il ne s'agissait pas de la vessie.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler cette phrase déjà citée du mémoire de Lejars : *D'ordinaire, la vessie herniée est étalée sous le sac et cachée par lui, elle lui adhère plus ou moins étroitement et c'est au moment de la cure radicale, de la dissection du sac qu'elle se révèle.*

Or, supposez une vessie entraînée par le sac herniaire vers l'orifice supérieur du canal crural, mais non encore sortie de l'abdomen, vous vous trouverez en présence d'un cas analogue au mien, et vous conclurez avec moi qu'il faut dans la cure radicale de la hernie crurale, lorsqu'on se propose d'enlever l'infundibulum qui précède le sac, faire grande attention à la dissection de la partie interne du pédicule qu'on cherche à former; et que si, en cet endroit, on voit apparaître à la suite des tractions exercées sur le sac, une tumeur recouverte d'un peu de graisse, donnant l'idée d'un second sac herniaire, on a bien des chances pour avoir affaire à une hernie extra-sacculaire de la vessie; qu'il est prudent d'y introduire un catéther, qu'on cherchera à sentir à travers les parois de la deuxième poche qu'on a sous les yeux. Pourquoi, du reste, quand on opère une hernie inguinale ou crurale, ne prendrait-on pas l'habitude de pratiquer le catéthérisme de la vessie, quand, après avoir découvert le sac ou l'avoir ouvert, on a sous les yeux un organe dont la reconnaissance est difficile?

De la conduite à tenir dans les lésions opératoires (plaies, résections) de la portion extra-péritonéale de la vessie herniée seule ou avec l'intestin (*Union médicale*, septembre 1893).

Les plaies opératoires de la vessie herniée, si elles ne sont pas graves chez les individus sains, le deviennent au contraire chez ceux qui ont des lésions rénales, et ces lésions ne sont pas rares dans les cas de cystocèles anciennes qui leur donnent très probablement naissance.

Depuis quelque temps, la conduite à tenir, lorsqu'on rencontre la vessie dans le cours d'une cure radicale de hernie, est bien arrêtée.

Je la résume dans les différents cas qui peuvent se présenter sous forme de conclusions que voici :

Dans le cours d'une cure radicale de hernie (nous avions surtout en vue la hernie inguinale) on rencontre la vessie, et de deux choses l'une :

A : *On la reconnaît* : 1° Soit avant de l'ouvrir, 2° soit après l'avoir blessée.

B : *On ne la reconnaît pas;* ce n'est que :

1° Immédiatement après l'opération;

2° Quelques jours seulement après l'intervention, qu'on constate sa blessure (fistule urinaire).

(A) 1° La vessie est reconnue avant d'avoir été ouverte.

Deux cas peuvent se présenter :

α) La vessie est saine, et se laisse disséquer assez facilement;

β) La vessie est atrophiée, amincie; elle est alors et le plus souvent très adhérente, soit au canal inguinal, aux parois du sac, au cordon, et il est bien difficile de ne pas la blesser.

α) La vessie non ouverte est saine, la portion qui se pré-

sente à l'opérateur communique largement avec la cavité de l'organe resté derrière la symphyse. On doit la réduire.

β) La vessie non ouverte est amincie, atrophiée; en grattant la graisse qui la recouvre (hernie extra-sacculaire, la plus fréquente) on voit apparaître des bulles formées par la muqueuse herniée à travers les restes de la tunique musculaire; il faut, comme le recommandent Monod et Delagénière [1], comme l'a fait Lejars [2], pratiquer une excision large de la paroi, car l'important est de faire une suture (à trois étages) en bon tissu.

Si on trouve un diverticule de la vessie dont la communication est oblitérée, il faut extirper ce diverticule. (Monod et Delagénière.)

2° La vessie a été ouverte.

α) Elle est saine (suture soignée à trois plans);

β) Elle est atrophiée : comme tout à l'heure, résection large de la portion malade et suture en bon tissu;

γ) Elle peut être infectée : « Il sera bon, comme le recommande Thiriar, de disposer deux tubes adossés en canon de fusil, dans la cavité vésicale. On laissera une sonde à demeure le moins de temps possible, au plus trois jours, le malade urinant ordinairement seul à cette époque. » (Bourbon [3].)

B. La blessure de la vessie n'a pas été reconnue pendant l'opération.

Ici encore deux cas peuvent se présenter :

1° La blessure est reconnue immédiatement après l'opération;

1. Monod et Delagénière (*Rev. chir.* 1889).

2. Lejars. Hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie. — Les hernies de la trompe. — Les lésions opératoires de la vessie herniée (*Revue de chirurgie*, janvier, février 1893).

3. H. Bourbon. — De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie. (Thèse Paris, 1892.)

2° Elle ne se révèle que les jours suivants par une fistule.

1° La blessure est reconnue immédiatement après l'opération (besoin d'uriner, hématurie), il faut :

α) Immédiatement drainer de la vessie à la plaie;

β) Mettre une sonde à demeure [1].

Il y aura fistule qui guérira spontanément.

2° La blessure ne se révèle que les jours suivants par la formation d'une fistule urinaire.

Les uns ont fait, pour amener une oblitération rapide du trajet, de la compression avec un bandage herniaire (Berger), des cautérisations répétées au nitrate d'argent (Israël), etc.

Ce qu'il faut avant tout, c'est être propre, afin d'empêcher l'irritation des parties molles souillées par l'urine, et surtout savoir *attendre la guérison spontanée de la fistule qui est la règle*.

Dans ce travail, je n'ai parlé que des blessures opératoires des cystocèles extra-sacculaires, parce qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes.

Sans doute, on trouve dans la littérature médicale quelques cas bien observés de hernie vésicale intra-sacculaire; je citerai en particulier les faits de Leroux [2], de Krœnlein [3], de Walther [4], de Berger [5]. Il y en a d'autres encore, mais leur clarté m'a paru laisser à désirer.

Ces faits démontrent comment les choses se passent dans les hernies intra-sacculaires de la vessie. Qu'il y ait ou non

1. Faut-il, dans le cas où on suture complètement la vessie, mettre dans sa cavité une sonde à demeure? Je ne saurais résoudre cette question, tout ce que je puis dire, c'est que les uns en recommandent l'emploi (Duplay), d'autres le rejettent absolument.

2. Ch. Leroux (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880).

3. Krœnlein (*Arch. für Klin. chirurg.*, 1876, t. XIX, p. 420).

4. Ch. Walther, obs. publiée in Th. Bourbon, Paris, 1892.

5. Berger, in Duret, Th. agrég., 1883, et Th. Bourbon, 1892.

de l'intestin (et quand il y en a, après avoir reconnu le canal intestinal), on rencontre un organe ayant un revêtement séreux, sur lequel il est difficile de mettre un nom. Si l'on songe à la vessie, on la reconnaît (Krœnlein, Walther), si non, on incise ou on déchire ce qu'on a sous les yeux; et, constatant qu'on a affaire à un organe creux, on le suture, pensant à l'intestin (Berger); la fistule urinaire vient plus tard révéler l'erreur.

D'ailleurs, les conditions de réussite de la suture vésicale, faite pour la hernie intra-sacculaire, paraissent meilleures que pour les plaies extra-péritonéales, car l'adossement des bords de la séreuse est un élément à considérer.

Les règles à suivre, en présence de la blessure d'une cystocèle intra-sacculaire, me paraissent être les mêmes que pour la hernie vésicale sans sac. Si, pendant le cours d'une intervention, on constatait après l'ouverture d'une cystocèle intra-sacculaire l'amincissement de ses parois, on les réséquerait pour faire une suture en bon tissu.

Si, après l'opération terminée, on observait chez le patient des envies d'uriner, que l'examen des parties montrât qu'il s'agit d'une portion intra-péritonéale de la vessie, si on avait bien lié le pédicule du pseudo-sac, on devrait, nous semble-t-il, après avoir drainé, c'est l'essentiel, de la vessie à la peau, mettre une sonde à demeure ou pratiquer fréquemment le cathéthérisme, mais ne pas s'exposer à faire courir à son malade les dangers d'une laparatomie, à moins que quelque temps après l'opération, des accidents bien nets de péritonite généralisée (et nous n'en connaissons pas d'exemple) ne forcent à faire cette intervention qui serait alors pleinement justifiée.

N. B. — Il s'est écoulé quelque temps entre la publication de ce travail dans l'*Union médicale* et l'impression du tirage à part. Je m'en félicite. Voici pourquoi :

J'ai eu, le 21 septembre, une conversation avec mon ami M. Sébileau, agrégé à la Faculté, au sujet de ce que j'avais écrit sur la conduite à tenir dans les lésions de la vessie au cours de la cure radicale des hernies. Deux fois, dans une longue série d'interventions, mon ancien collègue à Clamart s'est trouvé en présence d'une cystocèle extra-sacculaire; la vessie a été blessée, et comme la suture était difficile à placer, l'opérateur a délibérément attaché les bords de la plaie vésicale aux lèvres de la partie interne de la plaie inguinale, faite pour aller à la découverte de la hernie; puis il a placé une sonde à demeure dans la vessie. Les malades ont parfaitement guéri. La fistule urinaire créée intentionnellement avait disparu au bout de quinze jours.

Ces faits viennent confirmer *les conclusions de mon travail.*

Hernie inguinale droite congénitale entéro-épiploïque. Étranglement. Kélotomie. Résection de l'épiploon. Hémorrhagie dans l'abdomen, d'origine épiploïque. Mort (*Bull. Soc. anat.*, 15 janvier 1886).

Corps étranger du péritoine. Rétrécissement du gros intestin d'origine musculaire. Utérus sénile de conformation bizarre, oblitération du vagin (*Bull. Soc. anat.*, 1889).

Il s'agit d'une femme de 65 à 70 ans, sujet de mon pavillon, à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le corps étranger du péritoine, sur lequel je désire insister, occupait le cul-de-sac de Douglas, il avait le volume d'une grosse amande, était libre, lisse, blanc-bleuâtre, de consistance un peu molle.

L'examen histologique montra qu'il était constitué par une enveloppe très mince formée de tissu conjonctif. Dans cette enveloppe on ne rencontrait que des matières grasses, avec

des débris épithéliaux tellement altérés, qu'il était impossible d'en déterminer la provenance.

Le rétrécissement musculaire du gros intestin occupait la plus grande partie de l'S iliaque et la partie supérieure du rectum. Il existait entre les fibres qui le composaient, des diverticules à parois très minces faisant hernie à travers la tunique musculaire de l'intestin et formant de petites poches sur sa face externe. Je pensai que le corps étranger pouvait être probablement rattaché à l'un de ces diverticules, à l'une de ces petites poches ayant perdu ses connexions avec l'intestin.

J'ai, en 1884, présenté à la *Société anatomique*, un autre corps étranger du péritoine. Il avait aussi le volume d'une amande, était blanc, d'une consistance très ferme. Son origine était facile à saisir. Il s'agissait d'un appendice épiploïque devenu cartilagineux et fibreux, et tombé dans la cavité péritonéale, après rupture de son pédicule, car on voyait, sur le gros intestin, un autre corps de même nature, en voie de formation, dans un appendice épiploïque, et rattaché à l'intestin par un tractus conjonctif très mince, prêt à se rompre.

Cancer du gros intestin. Anus iliaque établi sur le colon transverse par suite du déplacement de ce segment de l'intestin. Mort (*Bull. Soc. anat.*, nov. 1892).

ORGANES GÉNITAUX

Fibro-myxome de la grande lèvre gauche. Ablation (*Bull. Soc. anat.* 1887, avec figure).

Femme de 39 ans, entrée le 4 janvier 1887 à la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, alors suppléé par M. Jalaguier.

La tumeur a débuté, il y a cinq ans, par une petite élevure siégeant sur la partie moyenne de la grande lèvre gauche. Quand la malade se présente à l'hôpital le néoplasme a un volume énorme; dans la station debout, il descend au niveau du condyle interne du fémur gauche (son poids après l'ablation était de 5 kilogrammes).

J'insiste, dans les réflexions qui suivent cette observation, sur les prolongements périnéaux de la tumeur, sur leur adhérence au rectum et à l'ischion.

Ces prolongements à peine signalés, sont pourtant intéressants à connaître, à cause des difficultés opératoires auxquelles ils peuvent donner lieu.

Outre le cas que nous rapportons, nous en signalerons succinctement deux autres. Ils sont empruntés à la pratique de M. Desprès.

L'un est relaté dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour 1876. M. Monod, interne de M. Desprès, a présenté un fibro-myome de la grande lèvre qui adhérait au rectum.

L'autre a été observé par nous, chez une femme de 40 ans environ, dont nous possédons l'observation. Il s'agit d'un fibrome de la grande lèvre. M. Desprès, qui en pratiqua avec succès l'ablation en 1884, fut obligé de disséquer des adhérences qui unissaient la tumeur à la face antérieure du rectum.

Épididymite et vaginalite, abcès de la queue de l'épididyme par manœuvres sur l'urèthre. Erysipèle des bourses, infiltration d'urine. Mort (Observation recueillie dans le service de M. Desprès, et publiée en 1884 dans la thèse du docteur Pilven, intitulée : *De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre*).

Il s'agit d'un vieux prostatique âgé de 65 ans, qui se sondait.

Ce qui nous paraît devoir être signalé, dans cette observation, c'est l'abcès de l'épididyme gauche. La collection purulente siégeait au niveau de la queue de l'organe ; cette localisation diagnostiquée sur le vivant, le 9 mai 1884, a été vérifiée par l'autopsie, pratiquée le 1er juillet de la même année.

L'abcès fut ouvert le 9 mai. Quand on put procéder à l'examen cadavérique, la cavité était oblitérée, la peau adhérait intimement au tissu sclérosé, fibreux, de la queue de l'épididyme.

Cette observation vient à l'appui de cette opinion, défendue dans sa thèse par le Dr Pilven, que la suppuration de l'épididyme est beaucoup plus fréquente, dans l'orchite uréthrale, que celle du testicule. « Nos observations, dit cet auteur, ne contiennent que deux exemples de suppuration du testicule lui-même, sur douze cas d'orchite suppurée. »

La suppuration, dit encore le Dr Pilven, quoique moins fréquente que la résolution, dans l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre, se présenterait cependant plus souvent qu'on ne paraît l'admettre, et ce qui nous confirme dans cette supposition est l'autorité de M. le professeur Guyon, qui a bien voulu nous communiquer son opinion à cet égard.

A l'appui de cette dernière manière de voir, nous pouvons citer un nouveau cas d'abcès de la queue de l'épididyme consécutif à une orchite uréthrale aiguë, due au séjour d'une sonde à demeure dans un urèthre rétréci. Ce fait observé, dans le service de M. le professeur Duplay, va être publié.

MEMBRES

Ostéomyélite chronique d'emblée. Diagnostic avec les ostéosarcomes (Th. inaug. Paris, 1888).

Dans ce travail qui m'a été inspiré par le professeur U. Trélat, j'ai essayé de développer les idées de mon très regretté Maître, en mettant à profit ses conseils.

Au moment où ma thèse a paru on admettait exclusivement, sous l'influence des remarquables travaux de M. le professeur Lannelongue, deux formes d'ostéomyélite :

1° L'ostéomyélite aiguë de la croissance (Paris, Lannelongue, 1878);

2° L'ostéomyélite chronique ou prolongée (Lannelongue et Comby, *Arch. gén. méd.*, Paris 1879).

Notre thèse a eu pour but de démontrer que l'ostéomyélite chronique peut exister sans avoir passé par la période aiguë. Voici du reste les conclusions de ce travail.

I. — L'ostéomyélite chronique ne reconnaît pas toujours pour cause l'ostéomyélite aiguë.

Chez les adolescents, comme chez les adultes, l'ostéomyélite peut avoir une marche chronique dès le début; elle mérite alors le nom d'ostéomyélite chronique d'emblée.

II. — L'ostéomyélite chronique d'emblée est une affection rare.

III. — Elle se traduit anatomiquement par : une nécrose éburnée portant sur la diaphyse des os longs; par la présence d'un os périostique nouveau qui recouvre l'os mort; quelquefois par des fractures spontanées.

IV. — La nécrose est due à l'ostéite condensante, le séquestre est toléré comme un corps étranger aseptique par l'os

périostique nouveau; il n'y a pas de bourgeons charnus, pas de pus entre l'os mort et l'os vivant.

V. La maladie se traduit par des douleurs à caractère variable, sans siège précis, un gonflement osseux diaphysaire parfois considérable; la fracture spontanée est quelquefois le premier symptôme observé.

VI. — Le pronostic de l'affection est grave, car elle nécessite presque toujours le sacrifice du membre malade.

VII. — Le diagnostic de l'ostéomyélite chronique d'emblée est des plus difficiles.

Douleur, gonflement osseux, fracture spontanée, en imposent pour un ostéosarcome, surtout pour un ostéosarcome central.

En tenant compte :

De la lenteur de l'évolution du mal;

De l'atténuation des douleurs par le repos;

De la forme du gonflement osseux qui reproduit celle de l'os, de sa consistance uniformément dure, de son siège toujours diaphysaire;

De la présence des stalactites osseuses quand l'os est superficiellement placé;

On devra penser à une ostéomyélite chronique d'emblée.

VIII. — Dans le cas où le diagnostic est impossible, la trépanation de l'os malade est indiquée, mais le chirurgien devra avoir pris les précautions nécessaires pour enlever de suite le membre malade, s'il se trouve en présence d'un ostéosarcome.

IX. — Quand il s'agit d'un séquestre diaphysaire total, la seule opération rationnelle est l'amputation dans le segment immédiatement supérieur à la lésion, ou la désarticulation, seule ressource dans le cas où le mal siège à la racine du membre.

Nous nous sommes demandé quelles pouvaient être les

causes de cette forme de l'ostéomyélite, et nous écrivions, page 27 :

On voit donc que les états infectieux et particulièrement la fièvre typhoïde peuvent donner naissance à l'ostéomyélite chronique d'emblée.

Ces lésions osseuses sont probablement dues à l'agent infectieux qui préside à toutes les manifestations cliniques de la maladie.

Qu'il y ait eu, dans l'enfance ou l'adolescence, simple poussée congestive du côté des cartilages épiphysaires ou véritable ostéomyélite chronique, apyrétique, dans la convalescence d'une fièvre grave, il est bien évident que l'os atteint n'est plus normal. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'à une période ultérieure, sous l'influence d'un traumatisme léger, d'un mauvais état général, l'os resté point faible, *locus minoris resistantiæ*, par suite d'une première atteinte, puisse s'enflammer de nouveau et d'une façon chronique, comme il l'avait fait au début.

Ce serait là de l'ostéomyélite prolongée, si l'on veut, mais en tout cas elle devrait conserver son nom d'ostéomyélite chronique d'emblée.

Je n'hésite pas à reconnaître que les conclusions de cette thèse sont trop absolues. Du reste, en 1889, le professeur Trélat, dans une clinique que j'ai rédigée, revenait sur ce sujet et disait :

« Il y a, entre les simples douleurs de croissance et le décollement aigu des épiphyses, de nombreux intermédiaires dans l'affection qui nous occupe. *Il y a, en un mot, des formes atténuées de l'ostéomyélite.* L'ostéomyélite peut s'installer sournoisement, être chronique dans sa marche, insidieuse dans ses manifestations. »

.... « Je résume cette leçon dans les conclusions suivantes :

« Les lésions de l'ostéomyélite peuvent évoluer sans que

les signes soient en rapport avec l'étendue des lésions.

« Quelques manifestations légères ont été, dans certains cas, les seules expressions d'ostéomyélites centrales à foyers multiples, de séquestres et d'abcès des os.

« Il convient donc d'admettre une ostéomyélite atténuée, chronique d'emblée dans sa marche, insidieuse ou latente, ou pour abréger, une ostéomyélite insidieuse.

« Le diagnostic de cette variété est surtout rendu difficile par la croyance générale que les signes d'ostéomyélite sont toujours violents ou tout au moins très accusés.

« La notion de la marche insidieuse permettra d'éviter des erreurs ou des insuffisances de diagnostic et de procéder rapidement à des opérations opportunes, nécessaires et efficaces. »

MEMBRE SUPÉRIEUR

Kystes séreux congénitaux de l'aisselle.
(Paris, G. Steinheil, 1891.)

Au mois d'avril 1891, nous avons eu l'occasion d'observer, chez une petite fille de neuf ans, une tumeur nettement fluctuante du creux axillaire gauche. Cette tumeur avait un gros volume et soulevait fortement la paroi antérieure de l'aisselle.

Le 22 avril 1891, une ponction donna issue à 600 grammes d'un liquide de couleur ambrée claire, qui présenta ce caractère particulier de se coaguler immédiatement à sa sortie de la canule, en tombant dans le récipient.

Instruit par la lecture du traité des kystes séreux congénitaux de M. le professeur Lannelongue, par la traduction d'un mémoire de John Birkett, mémoire dont nous avions trouvé l'indication bibliographique dans le traité précité et qui a pour titre : *Contribution à la pathologie des kystes séro-sanguins du cou et de l'aisselle (Med. chir. transactions,* London, 1868), nous pensâmes que nous pourrions bien nous trouver en présence d'un kyste séreux congénital de l'aisselle.

L'opération nous a donné raison et l'examen microscopique nous a permis d'en rattacher l'origine au système lymphatique.

Les kystes séreux congénitaux de l'aisselle sont peu fréquents, nous n'avons pu en réunir que 7 observations.

Ces kystes, outre leur rareté, sont d'un diagnostic difficile; voici les caractères qui nous semblent permettre de les reconnaître.

« Quand il s'agit d'une tumeur nettement fluctuante de l'aisselle, son apparition dans les premières années de la vie, son développement indolent, progressif d'abord, mais plus rapide à un moment donné, la tension modérée des parois de la poche, les épaississements qu'on y rencontre presque toujours, devront faire penser à un kyste séreux congénital.

« L'extrême mobilité de la tumeur, sa réductibilité apparente mais non réelle, feront songer à un kyste séreux congénital.

« Si une première ponction ramène un liquide de couleur ambrée claire, qui se coagule immédiatement après sa sortie de la poche et qui, en tout cas, se prend toujours en masse, soit par la chaleur, soit par les acides, soit par une exposition plus ou moins prolongée à l'air libre, on pourra, croyons-nous, affirmer le diagnostic de kyste séreux congénital de l'aisselle, cliniquement uni ou pauciloculaire. »

Un point important à signaler, c'est que ces kystes peuvent communiquer largement avec le médiastin (communication de M. Schlange, *Société de médecine berlinoise*, 2 déc. 1891).

Il n'y a qu'un traitement à leur opposer : l'extirpation. Cependant il faut bien savoir qu'elle n'est pas toujours facile; cinq fois sur sept, la tumeur présentait des adhérences, elles ont lieu le plus fréquemment avec la veine axillaire; les cordons du plexus brachial ont toujours pu être séparés facilement de la tumeur; il n'en est pas de même des branches perforantes des intercostaux, dont l'une, dans trois cas, a dû être réséquée; dans un quatrième cas, le nerf respiratoire externe (nerf du grand dentelé), qui adhérait fortement au kyste, put en être séparé par une dissection minutieuse (John Birkett).

De la carie sèche de l'épaule (*Archives générales de médecine*, décembre 1894).

Long mémoire écrit sous l'inspiration de M. le professeur Duplay, qui faisait, le 2 décembre 1892, à l'hôpital de la Charité, une leçon de clinique sur un jeune homme atteint de carie sèche de l'épaule.

Cette affection, décrite pour la première fois par Volkmann, bien étudiée en Allemagne, est assez peu connue en France; elle a été cependant signalée par les chirurgiens lyonnais, les professeurs Ollier, Poncet, MM. Audry et Mondan; toutefois elle n'a pas été, chez nous, l'objet d'un travail d'ensemble et c'est cette lacune que nous avons essayé de combler.

On désigne sous le nom de carie sèche de l'épaule, une ostéo-arthrite de l'articulation scapulo-humérale de nature certainement tuberculeuse (nous le démontrons dans notre travail à l'aide de l'anatomie pathologique et de la clinique), caractérisée anatomiquement par: une destruction plus ou moins étendue de la tête humérale, par un épaississement de la capsule articulaire intimement confondue avec la synoviale, par une oblitération de la cavité articulaire due à un tissu de granulations, petites, dures, peu vasculaires, nées des os malades, ayant une grande tendance à se transformer en tissu fibreux; d'où : des brides plus ou moins nombreuses toujours résistantes, réunissant la cavité glénoïde, assez souvent malade, à l'humérus plus ou moins altéré, et les surfaces articulaires avec la capsule. De là résulte une ankylose plus ou moins serrée apparaissant rapidement.

L'affection s'accompagne toujours d'une atrophie extrêmement rapide des muscles péri-articulaires, du deltoïde surtout. Elle évolue, dans le plus grand nombre des cas, sans qu'il y ait de suppuration, d'où le nom de carie sèche qui lui

a été donné par Lücke et Volkmann. Si la suppuration se montre, c'est toujours en petite quantité et à une période assez éloignée du début de la maladie, qui a constamment une évolution lente.

Après avoir fait ressortir, à l'étiologie, qu'il s'agit d'une affection que l'on rencontre surtout dans la deuxième décade de la vie, qu'on observe, sans qu'on puisse en donner la raison, beaucoup plus fréquemment à l'épaule droite (28 cas) qu'à l'épaule gauche (13 cas), nous rapportons quatre observations personnelles avec de longs détails.

L'étude de l'anatomie pathologique est faite minutieusement, nous insistons sur les lésions fréquentes de la cavité glénoïde et bien que ses altérations tuberculeuses primitives soient rares, puisque M. Audry n'a pu en réunir que trois observations, nous émettons l'opinion que la carie sèche peut débuter primitivement par cette cavité, comme semblent le prouver les cas, rares il est vrai, où les altérations sont plus avancées sur l'omoplate que sur l'humérus.

Dans la symptomatologie, nous cherchons à bien mettre en lumière, outre le caractère variable des douleurs et les symptômes qui nous ont servi à définir l'affection, les déplacements, vers la coracoïde, de l'extrémité supérieure de l'humérus par suite de la disparition de la tête articulaire ou de son atrophie extrême; les arrêts de développement du membre supérieur en longueur, arrêts dus à l'altération du cartilage épiphysaire, qui, comme on le sait, est intra-articulaire du côté interne de l'os.

En ce qui concerne la marche de la maladie, on peut dire que la carie sèche de l'épaule présente dans son évolution deux périodes : l'une *de début*, caractérisée par les douleurs, la gêne des mouvements ; l'autre *d'état*, où une ankylose plus ou moins serrée, accompagnée d'une atrophie très marquée des muscles péri-articulaires constitue toute l'affection;

on pourrait en décrire une troisième, dite *de luxation*, qui n'existe pas toujours et ne s'observe que quand la tête est très diminuée de volume, et surtout quand elle a complètement disparu. On peut, en laissant de côté les formes douloureuses, névralgiques dès le début, qui forcent la main au chirurgien et ne permettent point de suivre la marche de la maladie, dire que c'est une affection à évolution lente, progressive, aboutissant fatalement à une ankylose fibreuse plus ou moins serrée qui est son mode de guérison, d'ordinaire spontanée. Cette guérison a lieu au bout d'un à deux ans; en général elle n'est qu'apparente, temporaire, et de nouvelles poussées se font du côté de l'article malade. La suppuration n'est qu'un épiphénomène, dans la carie sèche, et n'a pas d'influence sur sa marche.

Le diagnostic, au début, alors qu'il n'existe que des douleurs vagues dans le moignon de l'épaule ou des douleurs à forme névralgique, irradiées à tout le membre supérieur, accompagnées de gêne des mouvements, ne saurait être précisé; toutefois la persistance des douleurs, l'inefficacité de la thérapeutique devront mettre en éveil, surtout si le sujet est jeune, l'esprit du chirurgien, qui n'a d'ailleurs que de trop rares occasions d'observer le mal quand il commence.

Quand l'affection est arrivée à sa période d'état, on ne saurait hésiter qu'entre deux hypothèses : ou bien il s'agit d'une arthrite ancienne avec ankylose consécutive plus ou moins serrée, ou bien il s'agit d'une périarthrite chronique.

Les commémoratifs ayant appris qu'il n'y a pas eu d'accidents aigus du côté de l'articulation scapulo-humérale, on ne pourra songer qu'à une tuberculose de l'épaule, et les symptômes qu'on a alors sous les yeux, ne permettant pas de penser à la forme molle de la scapulalgie, on devra porter le diagnostic de carie sèche.

Quand on est en présence d'individus jeunes, et c'est le cas

le plus fréquent, il n'y a guère à se préoccuper de la péri-arthrite chronique; chez l'adulte, le siège des douleurs au voisinage de l'acromion, aux insertions humérales du deltoïde, au niveau de l'apophyse coracoïde, de la coulisse bicipitale, sur le trajet du nerf circonflexe, enfin l'abduction du membre, toujours de même amplitude, à 45° environ, avant que l'omoplate suive, permettront d'établir le diagnostic de péri-arthrite.

Nous ne signalons que pour mémoire l'arthrite sèche, l'atrophie du deltoïde.

Le diagnostic avec la luxation, dit Volkmann (quand par suite de l'atrophie de la tête il y a déplacement de l'extrémité supérieure de la diaphyse humérale vers la coracoïde) n'est pas difficile : dans la carie sèche : ni dans l'aisselle, ni sous sa paroi antérieure on ne sent la tête articulaire, et puis il y a toujours, dans ce cas, un raccourcissement considérable du bras.

Le pronostic est grave si l'on n'intervient pas, car l'ankylose est fatale et compromet les fonctions du membre supérieur; ce qui l'assombrit encore, c'est l'extraordinaire fréquence de la tuberculose pulmonaire dans la carie sèche de l'épaule, et ce fait, signalé par Kœnig, que la résection peut être suivie d'une tuberculose aiguë généralisée. Cependant des malades reséqués et suivis par Kœnig, depuis un long temps, restent guéris et leur état général est bon; trois des nôtres vivent encore et sont bien portants.

Le traitement doit obéir à trois indications : 1° améliorer les mouvements du bras; 2° faire disparaître de l'organisme un foyer tuberculeux; 3° faire cesser les douleurs.

Or, il n'y a que la résection qui puisse les remplir toutes. On lui a reproché d'amener un raccourcissement plus ou moins considérable du membre quand elle est faite pendant la période de croissance, mais ce raccourcissement dans la

carie sèche existe déjà, dans bien des cas, avant l'intervention, il est dû à la destruction avancée de l'épiphyse et à l'inactivité du cartilage épiphysaire toujours altéré daus ce cas; la résection ne fait donc pas de tort à l'accroissement du membre.

Le traitement post-opératoire est des plus importants; il faut très rapidement, vers le quinzième jour, imprimer des mouvements passifs à l'articulation, afin d'éviter la reproduction de l'ankylose.

L'atrophie musculaire si prononcée, qui accompagne la carie sèche, compromet d'ailleurs très souvent le résultat fonctionnel; il n'y a plus d'ankylose après la résection, mais l'articulation nouvelle a des moteurs insuffisants. C'est ici que le massage, l'électricité, les douches, trouvent leur emploi.

Tuberculose de l'omoplate. — Deux observations publiées dans la thèse de M. V. Morel : *Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate* (Th. Paris, 27 déc. 1894).

C'est par erreur que l'auteur a mis en tête de l'observation III de sa thèse le mot « personnelle ». Il en est de même pour l'observation I, qui appartient à M. le professeur Duplay, et qui dit que j'ai pratiqué la résection de la plus grande partie de l'omoplate, alors que cette belle opération appartient à mon Maître.

Sur nn cas de décollement épiphysaire tranmatique de l'extrémité enpérieure de l'hnmérus droit, avec déplacement incomplet, en avant, de l'extrémité supérieure de la diaphyse (*Archives générales de médecine*, novembre 1893).

Lnxation sons-coracoïdienne de l'hnmérue gauche datant de 9 ans. — Chute sur le moignon de l'épaule. — Fracture de l'extrémité supérieure de l'os du bras. — Mobilisation rapide. — Cal fibreux. — Amé-

lioration des mouvements du membre supérieur (*Archives générales de médecine*, mars 1894).

Kyste hydatique du deltoïde droit (Observation recueillie en 1884 à la Charité, service de M. Desprès. Publiée in thèse Marguet, p. 280, Paris, 1888).

Kyste hydatique du muscle brachial antérieur (Observation recueillie en 1884, service de M. Desprès. In thèse Marguet, p. 292, Paris, 1888).

MEMBRE INFÉRIEUR

Coxo-tuberculose du côté droit. — *Suppuration, fistules.* — *Résection de la hanche, nouveaux abcès qui restent fistuleux.* — *Grattage des fistules.* — *Insuccès.* — *Injections d'éther iodoformé* (5 pour 100). — *Guérison complète* (Observation recueillie en 1887 dans le service du professeur Verneuil). Pièce justificative pour la discussion de ce sujet : *Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant* (Th. Goffart, 1888).

De cette observation très longue, nous avons cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Dans le cas que nous venons de rapporter, la résection de la hanche a contre elle :

A. La lenteur de la guérison définitive à la suite d'une opération exécutée par un chirurgien de haute valeur et, par conséquent, faite dans les meilleures conditions.

B. L'énorme raccourcissement du membre réséqué.

La résection de la hanche a pour elle :

L'étendue des mouvements de l'articulation nouvelle, préférable, ce nous semble, à une ankylose qui aurait été le résultat, cherché du reste, du traitement par la méthode non sanglante. Enfin la formation de nouveaux abcès, restés fistuleux après la résection de la hanche, nous fait penser qu'il y avait probablement des lésions du côté de la cavité cotyloïde.

L'éther iodoformé est venu à bout de ces lésions osseuses si notre hypothèse est vraie, en tout cas il a amené la cicatrisation rapide des trajets fistuleux là où le grattage avait échoué.

Fracture directe de l'extrémité supérieure du tibia gauche. — Fissure pénétrant dans l'articulation du genou. — Hémarthrose (*Archives générales de médecine*, décembre 1894).

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée (34ᵉ jour). Ostéoclasie manuelle du péroné. Guérison dans une attitude irréprochable (Obs. publiée dans la thèse de Junot : *Déformations consécutives aux fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, leur traitement par l'ostéotomie* (Paris, juillet 1893).

FIN